

Nome		
Cognome		
Indirizzo		
AZIENDA		
CAP		
Comune		
Telefono		
E-mail		
Categoria di appartenenza	<input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Fornitore <input type="checkbox"/> Associazione, ONG <input type="checkbox"/> Istituzione <input type="checkbox"/> Sindacato <input type="checkbox"/> Ente di certificazione	
Tipologia di comunicazione	<input type="checkbox"/> Segnalazione	<input type="checkbox"/> Reclamo
Aspetti SA8000:2014	Descrizione	
<input type="checkbox"/> Lavoro infantile <input type="checkbox"/> Lavoro forzato <input type="checkbox"/> Salute e sicurezza <input type="checkbox"/> Libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva <input type="checkbox"/> Discriminazione <input type="checkbox"/> Pratiche disciplinari <input type="checkbox"/> Orario di lavoro <input type="checkbox"/> Retribuzione <input type="checkbox"/> Gestione del sistema		

SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA – RECLAMO N°					
Modalità Ricevimento	<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Posta / Fax	<input type="checkbox"/> e mail	<input type="checkbox"/> Cassetta	<input type="checkbox"/> Diretto
Risposta	<input type="checkbox"/> Bachecca	<input type="checkbox"/> Posta / Fax	<input type="checkbox"/> e mail	<input type="checkbox"/> Telefono/ Diretto	
Giudizio di pertinenza		<input type="checkbox"/> Reclamo/Segnalazione PERTINENTE		<input type="checkbox"/> Reclamo/Segnalazione <u>NON PERTINENTE</u>	
Note:					
Data chiusura reclamo			Firma del Rappresentante della DIR SA8000		
AZIONI DA INTRAPRENDERE					
CHIUSURA DEL RECLAMO					
Data			Firma del Rappresentante della DIR SA8000		
VERIFICA EFFICACIA					
Data			Firma del Rappresentante della DIR SA8000		